

Список использованной литературы

1. Липосомы и другие наночастицы как средство доставки лекарственных веществ / Каплун А.П. [и др.] // Вопросы медицинской химии.— 1999.— № 4(1).— С. 3–12.
2. Швец, В.И. Липиды в лекарственных препаратах / В.И. Швец, Ю.М. Краснопольский // Вестник АМН СССР.— 1990.— № 6.— С. 19–28.
3. Woodle M. C., Losic D. D. Sterically stabilized liposomes. *Biochim Biophys Acta* 1992; 1113: 171–199.

УДК 616.993.12-07-08

Малый В.П., Бодня К.И., Волобуева О.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
г. Харьков, Украина

Колодий Н.А.

Областная клиническая инфекционная больница, г. Харьков, Украина

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КИШЕЧНОГО АМЕБИАЗА

Амебиаз является одной из наиболее распространенных причин летальных исходов при паразитарных заболеваниях кишечника. В Украине амебиаз – редкая патология. Вместе с тем, в связи с возрастающим притоком мигрантов из южных регионов стран ближнего и дальнего зарубежья, увеличением въездного туризма, а также существенным увеличением зарубежного туризма, в том числе в страны с жарким климатом, реально может повыситься уровень заболеваемости амебиазом в Украине.

Под нашим наблюдением находилось 187 больных кишечным амебиазом. Диагноз был установлен обнаружением трофозоитов-эритрофагов при исследовании материала из дна язв. При ректоманоскопическом обследовании диагностировалось специфическое поражение – "амебная язва". Язвы, величиной от 2 до 20 мм в диаметре, располагались чаще всего на вершинах складок. Края язвы отечные, набухшие, подрытые, дно покрыто гноем и некротическими массами. Язвы обычно окружались зоной гиперемии. Слизистая оболочка без язв изменялась мало, почти у всех больных выглядела нормальной, в редких случаях она была умеренно гиперемированной и слабо отечной. Продолжительность основных клинических проявлений кишечного амебиоза составила: диарея в среднем $15,8 \pm 2,1$ дня (от 5 до 24);

боли в животе в среднем $15,8 \pm 1,9$ дня (от 8 до 31); симптомы интоксикации в среднем $2,2 \pm 0,96$ дня (от 0 до 6).

Диарея была характерным признаком заболевания для всех больных. У 64% больных она являлась дебютом болезни. Причем у 1/4 больных диарея возникала одновременно с болями в животе. В большинстве случаев (92%) частота стула даже в период развернутых клинических проявлений редко превышала 15 раз в сутки. Патологические примеси (слизь, кровь) появлялись в испражнениях на 2–10 сутки от начала заболевания. При этом наличие слизи в испражнениях было обнаружено у 83,9%, крови у 47% больных. Боли в животе беспокоили 95,7% больных. Как правило, боли возникали в первые двое суток с момента заболевания, в то же время у 1/4 они появлялись лишь на 4–6 сутки с момента заболевания. Боли носили диффузный характер и только на 3–8 сутки с момента заболевания становились локальными. Они, как правило, носили умеренно-выраженный приступообразный характер и лишь у 1/3 больных были выраженными. Значительная по силе боль, лихорадка и гепатомегалия были характерны для тяжелого течения.

Общая слабость была умеренно выражена у 83,9% больных. Гистолитическая амеба не продуцирует каких-либо токсинов, а продукты их жизнедеятельности и распада – вещества малотоксичные, обладающие лишь свойствами аллергенов. В связи с этим синдром общей интоксикации при амебиазе характеризовался своими особенностями, продромальный период встречался редко (в наших наблюдениях он имел место лишь у 9 больных). Кроме того, как отмечалось, основные клинические проявления при амебиазе развивались постепенно.

Патологические изменения со стороны других органов и систем в период развернутых клинических проявлений носили неспецифический характер. Прежде всего, они возникали со стороны сердечно-сосудистой системы. У 15% больных имела место тахикардия, ослабление первого тона на верхушке, снижение систолического артериального давления, при ЭКГ-исследовании у этих больных отмечалось нарушение процессов реполяризации.

Изменения со стороны периферической крови носили неспецифический характер. Так, у 47% больных была выявлена умеренная анемия, незначительный лейкоцитоз и ускорение СОЭ. Умеренная эозинофилия установлена у 11,7%.

Изменения копрограммы характеризовались обнаружением большого количества эритроцитов (более 30 в поле зрения) у 83,9% больных, относительно незначительным увеличением числа лейкоци-

тов (до 15 в поле зрения) у 71,8% больных. Превалирование эритроцитов над лейкоцитами у больных амебиазом можно считать специфическим лабораторным признаком болезни.

Язвенное поражение кишечника сопровождалось местными и общими иммунными реакциями, которые определяли особенности течения болезни – чередование ремиссии и обострений.

УДК 616:619.993

Мироненко В.М., докторант

Ягусевич А.И., доктор ветеринарных наук, профессор

УО «Витебская ордена «Знак Почета» государственная академия ветеринарной медицины», Республика Беларусь

Корчевская Е.А., кандидат физико-математических наук, доцент

УО «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова», Республика Беларусь

ПРОГРАММНО-АППАРАТНЫЙ КОМПЛЕКС ДИАГНОСТИКИ ПАЗАРИТОЗОВ

Ключевым моментом в обеспечении благополучия по заболеваниям паразитарной этиологии животных и человека является строго спланированный мониторинг зараженности, включающий проведение значительного количества исследований.

Вышеуказанное обуславливает высокую актуальность совершенствования методологии паразитологических исследований в направлении повышения их точности и сокращения временных затрат.

В настоящее время для диагностики большинства паразитозов желудочно-кишечного тракта используются методы флотации или седиментации, включающие несколько этапов и завершающиеся микроскопическим исследованием. Для обеспечения высокой диагностической точности относительно разных возбудителей пробу исследуют несколькими методами.

Большинство исследований включают следующие этапы: гомогенизация пробы, концентрация инвазионного начала (одним или несколькими методами), перенос концентрированного инвазионного начала на предметное стекло, микроскопия, идентификация возбудителей, запись промежуточных результатов, расчет конечных результатов по одной пробе, расчет конечных результатов по группе.

Для копроскопической диагностики было предложено несколько десятков методов. Все они, по сути, являются модификациями ме-